



## Załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego nr 1/EFS/ZDROWIE/2017/SZKOL



.....  
miejsowość i data

pieczęć Wykonawcy

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że Wykonawca którego reprezentuję jest/jestem:
  - a) uprawniony do wykonywania działalności i czynności w zakresie, w jakim ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
  - b) posiada niezbędną wiedzę, doświadczenie oraz potencjał techniczny do wykonania zamówienia,
  - c) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
  - d) nie zalega z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne.
2. Wykonawca zrealizuje zamówienie w ustalonym terminie.

.....

czytelny podpis (imię i nazwisko), pieczęć osoby  
uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić



## Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr 1/EFS/ZDROWIE/2017/SZKOL



pieczęć Wykonawcy

.....  
miejsowość i data

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

Nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, w szczególności poprzez:

- uczestnictwo w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadanie udziałów lub co najmniej 10% akcji;
- pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- pozostawanie w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....

czytelny podpis (imię i nazwisko), pieczęć osoby  
uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

\* Niepotrzebne skreślić



## Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego nr 1/EFS/ZDROWIE/2017/SZKOL



.....  
miejsowość i data

pieczęć Wykonawcy

### **Doświadczenie Wykonawcy w prowadzeniu szkoleń w obszarze tematycznym wskazanym w zapytaniu.**

Wykonawca posiada doświadczenie w prowadzeniu szkoleń w obszarze tematycznym wskazanym w zapytaniu - 2 lata lub 200 godzin przeprowadzonych szkoleń dla personelu medycznego

Lp.	Podmiot dla którego realizowano szkolenie*	Tematy szkoleniowe zrealizowane w ramach usługi	Liczba godzin szkoleń	Osoba do kontaktu ze strony Podmiotu dla którego realizowano szkolenie**

\* Nazwa oraz dane teleadresowe Podmiotu dla którego realizowano usługę/szkolenie

\*\* Imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy

.....

czytelny podpis (imię i nazwisko), pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy